

小規模住宅改造経費助成金申請所得制限についての確認依頼書

依頼者(対象者) 住所 _____ 氏名(署名) _____
(配偶者) 氏名 _____ 被保険者番号 _____
(扶養義務者) 氏名 _____

(※ 配偶者、扶養義務者は同居の方のみ記入、いない場合は「なし」と記入)

(あて先) 大 津 市 長
年 月 日

小規模住宅改造経費助成金申請を行なうにあたり、所得の制限要件につき助成金交付決定要件に適格か否かを確認いたしたく、依頼申し上げます。また、その際に必要な所得額等の資料閲覧調査について同意します。

※「所得額」は当該申請の前年(1～6月までの間に申請を行なう場合は前々年)の所得税課税所得額(各種所得控除後の額)
※ 申請年度の1月1日以降に転入された方については、課税証明書を添付して下さい。

事業所 _____ 電話番号 _____
CM氏名 _____ FAX _____

以下、記入しないでください

【内部処理欄】

		本 人	配 偶 者	扶 養 義 務 者
令和 年所得合計①(控除前)		円	円	円
所得税控除	医 療 費	円	円	円
	社 会 保 険 料	円	円	円
	生 命 保 険 料	円	円	円
	地 震 保 険 料	円	円	円
	配 偶 者	円	円	円
	特 別 配 偶 者	円	円	円
	一 般	円	円	円
	特 定	円	円	円
	同 居 老 親	円	円	円
	同 居 老 親 以 外	円	円	円
	障 害 者 控 除	円	円	円
	その他()	円	円	円
基 礎 控 除		480, 000 円	480, 000 円	480, 000 円
控 除 合 計 額 ②		円	円	円
平成 年 所 得 税 課 税 所 得 額 ① - ② (千 円 未 満 端 数 切 捨)		, 000 円	, 000 円	, 000 円
控 除 対 象 配 偶 者 及 び 扶 養 親 族 の 合 計 数		人	人	人
うち老人扶養親族の数(対象者本人については、老人控除 対象配偶者、特定扶養親族及び老人扶養親族の合計数)		人	人	人
所 得 制 限 限 度 額		円	円	円

以上の内容により、 _____ の所得制限にかかる要件については、
右のとおり判定いたします。

適 否

大津市役所 長寿福祉課

決裁欄	確 認	担 当

(2025. 4. 1)